

RESEARCH STUDIES

The clinical evolution and dynamics of laboratory indices in HIV/AIDS infected patients who are treated with first-line antiretroviral therapy

T. Holban¹, *I. Bistrichi¹, C. Spinu², A. Nagits³¹Department of Infectious Diseases, Parasitology and Tropical Medicine
Nicolae Testemitsanu State University of Medicine and Pharmacy, 165, Stefan cel Mare Street, Chisinau²National Center of Public Health, 67/a, Gh. Asachi Street³Dermatologic and Centagious Diseases Hospital, 5/1, Costiujeni Street, Chisinau, the Republic of Moldova

*Corresponding author: ina.bistrichi@yahoo.com. Manuscript received December 18, 2012; accepted April 15, 2013

Abstract

The clinical, immunological, virological and epidemiological data obtained from 48 adult patients diagnosed with HIV/AIDS infection have been estimated. The late diagnostics is defined by the presence of AIDS associated diseases and/or the level of T-lymphocytes CD4 < 350 cells/ μ l. More than half (66.67%) of the investigated patients showed severe immunity suppression and/or clinical AIDS associated diseases. The most frequent AIDS related diseases were tuberculosis, oropharynx candidiasis, HIV depletion, Herpes Zoster, HIV encephalopathy and Kaposi's sarcoma. The effectiveness of the applied antiretroviral therapy (ART) schemes appreciated in terms of virological response is higher for the scheme Tenofovir+Emtricitabin+Efavirenz, and in terms of immunologic response it is higher for the second scheme Zidovudin+Lamivudin+Nevirapin. The dissociated virological and immunological response to highly active antiretroviral therapy (HAART) registered for some of the patients is in many cases the result of insufficient susceptibility to the treatment, which increases the risk of the progression of the disease.

Key words: HIV/AIDS infection, antiretroviral therapy, late diagnosis.

Реферат

Оценены клинические, иммунологические, вирусологические и эпидемиологические данные 48 взрослых пациентов с ВИЧ/СПИД инфекцией. Поздняя диагностика определяется наличием СПИД-ассоциированных заболеваний и/или уровнем Т-лимфоцитов CD4 < 350 кл/ μ л. У более половины (66,67%) обследованных пациентов обнаружено наличие тяжелого иммунодефицита и/или СПИД-ассоциированных заболеваний. Наиболее распространенными СПИД-ассоциированными заболеваниями были туберкулез, кандидоз ротоглотки, ВИЧ истощение, опоясывающий герпес, ВИЧ-энцефалопатия и саркома Капоши. Эффективностью применяющихся схем высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) с точки зрения вирусологического ответа оказалась выше для схемы Tenofovir+Emtricitabin+Efavirenz, а с точки зрения иммунологического ответа она оказалась выше для схемы Zidovudin+Lamivudin+Nevirapin. Диссоциированный вирусологический и иммунологический ответ на ВААРТ, зарегистрированный у некоторых больных, во многих случаях является результатом плохой восприимчивости организма к лечению, что повышает риск прогрессирования заболевания.

Ключевые слова: ВИЧ/СПИД инфекция, антиретровирусная терапия, поздняя диагностика.

Actualitatea temei

Infecția HIV/SIDA reprezintă o problemă prioritară pentru sănătatea publică atât la nivel mondial, cât și în Republica Moldova. Conform datelor UNAIDS, peste 35,7 milioane de persoane trăiesc cu HIV, dintre care 5 milioane sunt copii [1].

În Republica Moldova, de la debutul epidemiei HIV/SIDA (anul 1987) până în anul 2011, au fost înregistrate 7125 de persoane infectate cu HIV. În 2011, au fost depistate 721 de cazuri noi de infecție HIV (13,87 la 100000 populație), în 2010 au fost depistate 704 cazuri. De la debutul epidemiei, maladia SIDA a fost diagnosticată la 1597 de persoane, ceea ce constituie 25,43% din numărul persoanelor infectate cu HIV. În 2011, SIDA s-a depistat la 420 de persoane (în 2010 – la 290). Cele mai frecvente maladii SIDA indicatoare: infecția pulmonară cu *Mycobacterium tuberculosis* – la 49,19%, candidoza esofagiană – la 20,0% și sindromul de istovire HIV – la 6,66% [2].

În 2008, CDC a stabilit că din 1,2 mln de persoane estimate cu infecția HIV/SIDA în SUA, numai 80% sunt depistate și

diagnosticate cu această maladie. Ultimele studii clinice, efectuate în SUA, au demonstrat că din toate persoanele bolnave de HIV/SIDA, care au beneficiat de asistență medicală, 89% au administrat tratament antiretroviral (TARV), iar din acestea 77% au avut încărcătura virală nedetectabilă la ultima testare. Astfel, luând în considerație aceste date, savanții estimează că numai 35% din cei diagnosticați cu infecția HIV și numai 28% din cei care trăiesc cu HIV/SIDA, ating supresie virusologică durabilă [3].

În decada a III-a de la debutul epidemiei HIV/SIDA, progresele în vederea studierii și controlului asupra acestei maladii au fost substanțiale. Astfel, după cum evaluarea infecției HIV și gestionarea acesteia se extinde, iar raportul risc-beneficiu al disponibilității regimurilor medicamentoase este orientat în favoarea beneficiului, Ghidurile internaționale pentru managementul cazului HIV sunt axate pe inițierea cât mai precoce a TARV. Astfel de orientare este benefică pentru toți cei care sunt identificați și diagnosticați timpuriu [4, 5, 6, 7].

Ghidurile curente ale Societății Clinice Europene SIDA recomandă, ca orice pacient cu numărul T-limfocitelor CD4 < 350 de celule/ μ l, să administreze TARV, chiar dacă el este asimptomatic, iar cei cu numărul T-limfocitelor CD4 < 200 de celule/ μ l, fiind cu infecție HIV avansată, trebuie să beneficieze imediat de TARV. În plus, pacienții cu numărul T-limfocitelor CD4 între 350 – 500 de celule/ μ l și ARN-HIV > 100000 copii/ml trebuie să administreze TARV [4].

Terapia combinată antiretrovirală (TARV) pentru tratamentul bolnavilor cu infecția HIV este utilizată din 1995, când Departamentul asupra controlului utilizării produselor alimentare și produselor medicamentoase al SUA (FDA) a aprobat pentru utilizare primul preparat antiretroviral din grupul inhibitorilor de protează HIV (Saquinavir). Schemele de TARV indicate pacienților „naivi” (I linie) conțin: 2 INRT (inhibitori nucleozidici/nucleotidici ai reverstranscriptazei) și 1 INNRT (inhibitori non-nucleozidici/nucleotidici ai reverstranscriptazei) sau 1 IP (inhibitor al proteazei) [3, 7].

În Republica Moldova este asigurat accesul universal la TARV al persoanelor infectate cu HIV/SIDA, care a început să fie aplicat din 2003. În prezent, în TARV sunt incluse 1606 persoane cu infecție HIV/SIDA, dintre care 771 de persoane au inițiat TARV în anul 2011. Astfel, tendințele curente ale infecției HIV/SIDA în Republica Moldova sunt: numărul crescut al cazurilor de infecție în rândul populației adulte prin transmitere heterosexuale, dar cu extindere rapidă a numărului beneficiarilor de TARV.

Obiectivele lucrării: a stabili caracteristica clinică și indicii paraclinici (hematologici, biochimici, imunologici și virusologici) la bolnavii „naivi” infectați cu HIV/SIDA, aflați în tratament antiretroviral (TARV) cu 3 regimuri terapeutice de primă linie, pe o durată de 48 de săptămâni (12 luni).

Material și metode

Au fost evaluați 48 de pacienți (19 (39,58%) femei și 29 (60,42%) de bărbați) „naivi” adulți cu infecția HIV/SIDA, aflați sub supravegherea medicilor în secția de profil a Spitalului Dermatologic și Maladii Comunicabile precum și în Cabinetul teritorial de supraveghere medicală și tratament antiretroviral în condiții de ambulatoriu al persoanelor cu infecție HIV/SIDA, în cadrul aceluiași spital. Dintre ei, 17 (35%) pacienți au inițiat TARV cu AZT (zidovudină) + 3TC (lamivudină) + EFV (efavirenz) (I schemă); 13 (27%) pacienți cu AZT (zidovudină) + 3TC (lamivudină) + NVP (nevirapină) (II schemă) și 18 (38 %) pacienți cu TDF (tenofovir) + FTC (emtricitabină) + EFV (efavirenz) (III schemă), fiind evaluați pe durata a 48 de săptămâni (12 luni).

Vârsta medie a bolnavilor pentru I schemă constituie 36,76 \pm 1,83 ani, pentru a II schemă – 33,92 \pm 2,62 ani, pentru a III schemă – 34,56 \pm 1,89 ani. Calea de infectare pentru pacienții lotului studiat reprezintă: heterosexuale – 39 (81,25%) de pacienți și UDI (utilizarea drogurilor injectabile) – 9 (18,75%). La pacienții incluși în studiu au fost identificate următoarele stadii ale infecției HIV: A2 (asimptomatic) – 8 (16,67%), A3 (asimptomatic) – 4 (8,33%), B2 – 6 (12,5%), B3 – 14 (29,17%), C2 – 2 (4,16%) și C3 – 14 (29,17%) (clasificarea infecției HIV

CDC, 1993). Dintre toți pacienții 34 (70,83%) se aflau în stadiul SIDA (A3+B3+C2+C3). Criteriul de includere în studiu a fost inițierea tratamentului antiretroviral (TARV) în 2011 (CD4 < 350 de celule/ μ l). Toți pacienții incluși în studiu au semnat fișa de acceptare a TARV, inclusiv utilizarea datelor pentru efectuarea studiului.

Au fost colectate următoarele date de la pacienți (la depistare sau la momentul primei adresări, la momentul inițierii TARV și la 1, 3, 6, 9 și 12 luni de TARV): date generale, epidemiologice, clinice și paraclinice (analize: generală a sângelui, urinei, biochimică a sângelui, numărul T-limfocitelor CD4, CD8, ARN-HIV, markerii serologici ai hepatitelor virale; ultrasonografia organelor interne, radiografia cutiei toracice, tomografia computerizată) inițiale și în dinamică.

Datele statistice au fost analizate cu ajutorul programului Excel, veridicitatea diferențelor dintre valorile medii ale parametrilor studiați a fost determinată cu ajutorul t-criteriului Student.

Rezultate și discuții

Dintre cei 48 de pacienți, care au inițiat TARV, 32 (66,67%) de pacienți au fost depistați tardiv cu numărul CD4 < 350 de celule/ μ l, dintre care 17 (53,13%) pacienți au fost depistați foarte tardiv cu numărul CD4 < 200 de celule/ μ l. Cele mai frecvente infecții oportuniste prezente la pacienții lotului nostru au fost: candidoză orofaringiană – la 20 (41,67%) de pacienți, tuberculoză pulmonară – 8 (16,67%), Herpes Zoster – 4 (8,33%), Wasting sindrom – 3 (6,25%), encefalopatie HIV – la 2 (4,16%) pacienți, sarcom Kaposi – la 1 (2,08%) pacient. Comorbidități s-au determinat: hepatită cronică virală C – la 9 (18,75%) pacienți, hepatită cronică virală B+C – la 3 (6,25%) pacienți, pneumonie – 3 (6,25%), hipertensiune arterială – 2 (4,16%), hepatită cronică virală B – 1 (2,08%) și artrită – la 1 (2,08%) pacient.

Cele mai frecvente acuze și date obiective obținute de la pacienții lotului studiat sunt prezentate în tabelul 1.

Atât la momentul depistării, cât și la momentul inițierii tratamentului și pe parcursul celor 48 de săptămâni de TARV, indicii hemoleucogramei sunt în limitele normei, cu mici devieri. Procentul leucocitelor nesegmentate și VSH-ul în hemoleucogramă la depistare, inițierea tratamentului și la 48 de săptămâni de TARV, practic sunt ușor crescute pentru toți pacienții și în toate cele trei scheme terapeutice utilizate.

Analiza generală a urinei la toți pacienții la depistare, la momentul inițierii TARV și, ulterior, timp de 48 de săptămâni a fost în limitele normei.

Analiza biochimică a sângelui a prezentat o creștere considerabilă a probei cu timol față de normă, atât la momentul depistării sau primei adresări, cât și la momentul inițierii TARV și pe durata tratamentului, alți indici rămânând în limitele normei.

Concomitent au fost testați markerii serologici ai hepatitelor virale, atât la depistare, cât și la inițierea TARV. Astfel, AgHBs a fost pozitiv la 4 (8,33%) pacienți la ambele testări, iar antiHCV sumar a fost pozitiv la 12 (25%) pacienți la inițierea TARV.

Tabelul 1

Semnele clinice la pacienții în infecția HIV/SIDA (n = 48) la depistare, inițierea TARV și 48 de săptămâni de TARV

Date	Depistare sau la prima adresare	Inițierea TARV	1 lună (4 săpt.) de TARV	3 luni (12 săpt.) de TARV	6 luni (24 săpt.) de TARV	9 luni (36 săpt.) de TARV	12 luni (48 săpt.) de TARV
Astenie	16(33,33%)	28(58,33%)	5(10,42%)	8(16,67%)	5(10,42%)	6(12,5%)	5(10,42%)
Vertijuri	0	1(2,08%)	0	2(4,16%)	1(2,08%)	1(2,08%)	0
Febă	12(25%)	8(16,67%)	3(6,25%)	4(8,33%)	2(4,16%)	1(2,08%)	3(6,25%)
Transpirații nocturne	2(4,16%)	3(6,25%)	1(2,08%)	0	0	0	0
Cefalee	5(10,42%)	5(10,42%)	0	0	1(2,08%)	0	1(2,08%)
Insomnie	0	2(4,16%)	1(2,08%)	0	0	0	0
Scădere ponderală	5(10,42%)	7(14,58%)	0	0	0	1(2,08%)	0
Hiporexie	2(4,16%)	4(8,33%)	2(4,16%)	1(2,08%)	1(2,08%)	0	0
Grețuri	4(8,33%)	7(14,58%)	3(6,25%)	2(4,16%)	1(2,08%)	0	0
Vomă	4(8,33%)	2(4,16%)	0	1(2,08%)	0	0	0
Dureri în epigastru	2(4,16%)	3(6,25%)	1(2,08%)	0	1(2,08%)	0	1(2,08%)
Dureri în hipocondrul drept și stâng	3(6,25%)	8(16,67%)	2(4,16%)	2(4,16%)	1(2,08%)	1(2,08%)	1(2,08%)
Hepatospleno-megalie	10(20,83%)	15(31,25%)	1(2,08%)	2(4,16%)	1(2,08%)	1(2,08%)	1(2,08%)
Erupții cutanate	6(12,5%)	6(12,5%)	1(2,08%)	3(6,25%)	0	0	0
Tuse	7(14,58%)	7(14,58%)	2(4,16%)	0	0	2(4,16%)	2(4,16%)
Sclere subicterice	0	1(2,08%)	0	0	0	0	0
Dispnee	2(4,16%)	2(4,16%)	1(2,08%)	1(2,08%)	1(2,08%)	0	0

Pentru inițierea TARV se iau în considerație numărul T-limfocitelor CD4, datele clinice și nivelul încărcăturii virale (ARN HIV). De regulă, conform recomandărilor tuturor ghidurilor internaționale și naționale, inițierea TARV se efectuează în baza celui mai important indice – numărul T-limfocitelor CD4. Pragul recomandat de inițiere a TARV este CD4 < 350 de celule/μl. Încărcătura virală este cel mai precoce indicator al succesului sau eșecului TARV, urmată de numărul T-limfocitelor CD4, aproximativ cu o lună mai târziu.

Astfel, referitor la nivelul T-limfocitelor CD4 la depistare, doar 5 (10,42%) pacienți au avut CD4 > 500 de celule/μl și 11 (22,92%) au avut nivelul CD4 între 350 – 499 de celule/μl, ceilalți 32 (66,66%) au avut CD4 < 350 de celule/μl.

Toți pacienții cu numărul CD4 < 200 de celule/μl, concomitent cu TARV au administrat Co-trimoxazol 960 mg/zi pentru profilaxia pneumoniei cu *Pneumocystis carinii*, până la creșterea nivelului CD4 > 200 de celule/μl, pentru o perioadă de cel puțin 3 luni.

Nivelul încărcăturii virale (ÎV) la depistare a constituit pentru I schemă: 15 (88,24%) pacienți au avut ÎV < 100000 copii/ml, iar 2 (11,76%) pacienți au avut ÎV > 100000 copii/ml; pentru schema II: 1 (7,69%) pacient a avut ÎV nedetectabilă, 10 (76,93%) au avut ÎV < 100000 copii/ml, 2 (15,38%) au avut ÎV > 100000 copii/ml; iar pentru a III schemă: 4 (22,22%) au avut ÎV nedetectabilă, 11 (61,11%) ÎV < 100000 copii/ml, 3 (16,67%) ÎV > 100000 copii/ml.

Valoarea medie a T-limfocitelor CD4 la inițierea TARV

a fost: I schemă – 187,47 ± 20,68 de celule/μl, cu shema II – 82,82 ± 17,62 celule/μl, iar cu a III schemă – 169,94 ± 26,21 de celule/μl. Valoarea medie a limfocitelor CD4 la momentul inițierii TARV în lotul pacienților care au inițiat TARV cu schema II, există diferențe semnificative atât față de numărul mediu al CD4 din I schemă (p < 0,001), cât și din schema III (p < 0,05).

Valoarea ÎV la inițierea tratamentului a fost: I schemă – 5 (29,41%) pacienți au avut ÎV nedetectabilă, 9 (52,94%) pacienți au avut ÎV < 100000 copii/ml și 3 (17,65%) au avut ÎV > 100000 copii/ml; pentru a II schemă – 2 (15,38%) pacienți au avut ÎV nedetectabilă, 7 (53,85%) pacienți au avut ÎV < 100000 copii/ml și 4 (30,77%) pacienți au avut ÎV > 100000 copii/ml; iar pentru a III schemă – 2 (11,11%) pacienți au avut ÎV nedetectabilă, 15 (83,33%) ÎV < 100000 copii/ml, 1 (5,56%) pacient ÎV > 100000 copii/ml.

Dinamica numărului limfocitelor CD4 sub acțiunea TARV, comparativ cu valorile inițiale, este reflectată în tabelul 2.

Creșterea CD4 a fost pentru I schemă până la 249,6 ± 22,97 de celule/μl, constituind o creștere de la valoarea inițială de 1,33 ori (p > 0,05), pentru a II schemă – 141,8 ± 15,2 celule/μl și constituie o creștere de 1,71 ori de la valoarea inițială, ceea ce reprezintă o diferență semnificativă (p < 0,05), iar pentru a III schemă – 233,06 ± 40,08 de celule/μl, de 1,37 ori mai mult de la valoarea inițială (p > 0,05).

Evoluția încărcăturii virale sub acțiunea TARV, comparativ cu valorile inițiale, este reprezentată în tabelul 2.

Tabelul 2

Dinamica numărului limfocitelor CD4 sub acțiunea TARV (celule/ μ l)

Schema	Inițierea	3 luni	6 luni	9 luni	12 luni
I	187,47 \pm 20,68	245,55 \pm 45,39	265,71 \pm 26,81	277,25 \pm 35,99	249,6 \pm 22,97
II	82,82 \pm 17,62	104,44 \pm 21,28	214,25 \pm 37,32	191,2 \pm 50,59	141,8 \pm 15,2
II	169,94 \pm 26,21	236,58 \pm 55,69	213,6 \pm 43,09	206,9 \pm 31,69	233,06 \pm 40,08

Tabelul 3

Evoluția ARN HIV sub influența TARV

Schema	Valoarea ARN HIV	Inițierea	1 lună	3 luni	6 luni	9 luni	12 luni
I	Nedetectabil	5(29,4%)	5(29,4%)	5(29,4%)	9(52,9%)	9(52,9%)	10(58,8%)
II	Nedetectabil	2(15,4%)	6(46,2%)	9(69,2%)	8(61,5%)	5(38,5%)	8(61,5%)
III	Nedetectabil	2(11,1%)	1(5,5%)	11(61,1%)	5(27,8%)	9(50%)	12(66,7%)

La momentul evaluării, la 4 săptămâni de la inițierea TARV, viremie nedetectabilă au avut 12 pacienți, iar ponderea cea mai mare a fost în rândul pacienților cu a II schemă – 46,2%; la 12 săptămâni – viremie nedetectabilă au avut 25 de pacienți, iar ponderea cea mai mare au avut-o la fel pacienții cu a II schemă – 69,2%); la 24 de săptămâni – 22 de pacienți au avut viremie nedetectabilă cu pondere crescută în rândul celor cu schema a II – 61,5%; la 36 de săptămâni – 23 de pacienți au avut încărcătura virală nedetectabilă, iar ponderea cea mai mare i-a revenit pacienților cu schema I – 52,9%; la 48 de săptămâni – 30 de pacienți au avut viremie nedetectabilă (62,5% – mai mult de jumătate din numărul total de pacienți) cu ponderea cea mai mare în schema III – 66,7%.

Astfel, analizând datele obținute, am stabilit că din punct de vedere imunologic o creștere mai mare (de 1,71 ori de la valoarea inițială) s-a înregistrat la pacienții aflați în tratament cu schema II (AZT+3TC+NVP), iar din punct de vedere virusologic – la pacienții cu schema III (TDF+FTC+EFV), ceea ce reprezintă un răspuns imunologic și virusologic disociat. Un răspuns virusologic și imunologic disociat am determinat pentru I schemă la 4 (23,53%) pacienți, pentru schema a II – la 4 (30,8%) pacienți și pentru schema a III – la 3 (16,67%) pacienți. Acest răspuns virusologic și imunologic disociat la TARV, înregistrat la o parte dintre bolnavi, în multe cazuri este rezultatul unei aderențe insuficiente la tratament, fapt care crește riscul de progresare a maladiei.

În rezultatul investigației lotului de 48 de persoane, care au inițiat TARV în 2011, conform criteriilor recomandate atât de Ghidurile actuale internaționale [4, 5, 6, 7, 8], cât și de Ghidul Național de tratament și îngrijiri în infecția HIV/SIDA [10], au fost obținute rezultate care corespund cu rezultatele altor studii. Astfel, s-a înregistrat o depistare tardivă a infecției HIV/SIDA în Republica Moldova (66,67%), ceea ce reprezintă un nivel semnificativ mai înalt decât cel înregistrat în Europa (15-38%) [8, 9].

Cu cât depistarea infecției HIV/SIDA este mai tardivă și inițierea TARV întârzie, cu atât prognosticul pacientului este mai rezervat [8]. Astfel, mortalitatea este mai înaltă în depistarea tardivă, decât în depistarea precoce. Respectiv,

rata mortalității la pacienții, care au inițiat TARV la nivelul CD4 < 50 de celule/ μ l reprezintă 70 de cazuri la 1000 de persoane/an, comparativ cu 3,2 cazuri la cei cu CD4 \geq 200 de celule/ μ l [8].

Pacienții cu infecția HIV/SIDA, depistați tardiv la un nivel scăzut al CD4 prezintă dificultăți în tratament din diferite motive: riscul efectelor toxice ale TARV (anemie toxică, hepatotoxicitate, pancreatită, neuropatii, afecțiuni renale și cardiovasculare), iar cel mai frecvent se atestă eșec terapeutic și recuperare imunologică foarte lentă [8, 10].

Sub acțiunea preparatelor antiretrovirale contemporane eradicarea virusului HIV este imposibilă, dar acestea, la rândul lor, permit inhibarea replicării virusului HIV până la niveluri nedetectabile de test-sistemele existente, ceea ce duce la reducerea morbidității asociate SIDA, prelungirea duratei vieții și ameliorarea calității ei, restabilirea și menținerea funcției sistemului imun și, nu în ultimul rând, reprezintă o metodă importantă pentru profilaxia transmiterii infecției HIV [4, 5, 7, 10].

În acest context, urmează a fi monitorizați și în continuare pacienții aflați în tratament antiretroviral, în vederea stabilirii eficacității TARV administrat pacienților cu infecția HIV/SIDA, cu diferit nivel al T-limfocitelor CD4.

Concluzii

1. La bolnavii cu infecția HIV/SIDA la depistare, cele mai frecvente manifestări clinice au fost candidoza orofaringiană – la 41,67% de pacienți, tuberculoza pulmonară – la 16,67%, Herpes Zoster – la 8,33%, Wasting sindrom – la 6,25%, encefalopatia HIV – la 4,16%, sarcom Kaposi – la 2,08% pacienți.

2. Circa două treimi (66,67%) dintre pacienții cu infecția HIV/SIDA sunt depistați tardiv, cu numărul T-limfocitelor CD4 < 350 de celule/ μ l, cu sau fără boli definitorii SIDA, ceea ce sugerează necesitatea ameliorării strategiilor de testare HIV.

3. La inițierea tratamentului antiretroviral, 34 (70,83%) din 48 de pacienți investigați se aflau în stadiul SIDA (A3 – 4 (8,33%) pacienți, B3 – 14 (29,17%) pacienți, C2 – 2 (4,16%) pacienți și C3 – 14 (29,17%) pacienți).

4. Tratamentul antiretroviral (TARV) trebuie inițiat tuturor pacienților, care prezintă numărul T-limfocitelor CD4 < 350 de celule/μl, cu sau fără stări SIDA definitorii. Pacienții cu infecția HIV avansată (CD4 < 200 de celule/μl) necesită regimuri TARV corect selectate, luând în considerație toate efectele toxice posibile ale preparatelor antiretrovirale și interacțiunile medicamentoase posibile.

5. Eficiența schemelor de medicație antiretrovirală aplicate, apreciată din punct de vedere al răspunsului virusologic, este mai ridicată în cazul schemei III (TDF+FTC+EFV), iar din punct de vedere al răspunsului imunologic, este mai ridicată în cazul schemei II (AZT+3TC+NVP). Răspunsul virusologic și imunologic disociază la TARV, înregistrat la o parte dintre bolnavi, în multe cazuri este rezultatul unei aderențe insuficiente la tratament, fapt care crește riscul de progresare a maladiei.

6. Tratamentul antiretroviral reprezintă o metodă importantă și eficientă de profilaxie pentru transmiterea infecției HIV.

References

1. UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010, (http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_em.pdf, accessed December 12, 2010).
2. CNSP, Buletin informativ privind situația în infecția HIV/SIDA în 2011 [Information bulletin regarding the situation with HIV/AIDS infection in 2011] (<http://www.aids.md/aids/index.php?cmd=item&id=961>) [accessed February 17, 2012].
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Vital Signs: HIV prevention through care and treatment – United States. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2011;2(60):1618.
4. Clumeck N, Pozniak A, Raffi F. European AIDS Clinical Society (EACS) guidelines for the clinical management and treatment of HIV-infected adults. *HIV Med.* 2008;9:65-71.
5. Gizzard BG. British HIV Association guidelines for the treatment of HIV-1-infected adults with antiretroviral therapy. *HIV Med.* 2008;9:563-608.
6. Hammer SM, Eron JJ Jr, Reiss P, et al. Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2008 recommendation of the International AIDS Society-USA panel. *JAMA.* 2008;300:555-570.
7. Panel on antiretroviral guidelines for adults and adolescents: guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1 infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services (<http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>, accessed December 12, 2010).
8. Adler A, Mounier-Jack S, Coker RJ. Late diagnoses of HIV in Europe: definitional and public health challenges. *AIDS Care.* 2009;21:284-293.
9. Florea D, Paraschiv S, Fratila M, ș. a. Diagnosticarea tardivă a infecției HIV la pacienții din România [The late diagnosis of HIV infection in patients from Romania]. *Therapeutics, Pharmacology and Clinical Toxicology; European HIV/AIDS & infectious diseases Academy, International Congress HIV/AIDS, ed. V. Bucureshti, 2010;14(Supplement 2):16.*
10. Ghid Național de tratament și îngrijiri în infecția HIV și SIDA. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova [The national guide of treatment and care for infections of HIV and AIDS. Ministry of Health of the Republic of Moldova]. Chișinău, 2010;454.